Fibrome der Mundhöhle

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der Zahnheilkunde

vorgelegt der

Hohen Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau

von

Wilhelm Gienke aus Bardowick
approb. Zahnarzt

Buchdruckerei R. Rebholz, Freiburg im Breisgau 1935

Fibrome der Mundhöhle

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der Zahnheilkunde

vorgelegt der

Hohen Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg im Breisgau

von

Wilhelm Gienke aus Bardowick
approb. Zahnarzt

Buchdruckerei R. Rebholz, Freiburg im Breisgau 1935

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. Br.

Referent: Prof. Dr. Marchionini.
Dekan: Prof. Dr. Kapfhammer.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545318_0029

Darier kennzeichnet die Fibrome folgendermaßen:

„Wenn eine Neubildung des Bindegewebes in Haut und Unterhaut zur Bildung einer umschriebenen und konstanten Geschwulst führt, so nennt man diese ein Fibrom.“ Da das Wachstum dieser Neubildung durchaus langsam, verdrängend und ohne Metastasenbildung verläuft, handelt es sich bei ihr um einen gutartigen Tumor, dessen Aetiologie wie die der Geschwülste ja überhaupt unklar ist.

Eine rein klinische Einteilung dieser Art von Neubildungen wäre die in gestielte und ungestielte Fibrome. Dieser Einteilung, die natürlich mit dem pathologisch-anatomischen Aufbau nichts zu tun hat, wäre die histologische gegenüberzustellen, die aber ebenfalls für die klinische Diagnose durchaus verwendbar ist, so daß sich beide Prinzipien vereinigen lassen. Untersucht man nämlich derartige Tumoren auf ihre Konsistenz hin, so zeigt sich in einem Teil der Fälle eine weiche Beschaffenheit der Geschwülste, während ein anderer Teil sich hart oder derb anfühlt. Dieser Unterschied drückt sich im histolologischen Bild wie folgt aus:

Bei der harten Form der Geschwulst oder dem Fibroma durum handelt es sich in der Hauptsache um straffe, kollagenreiche Fasern, die sehr dicht liegen und sich gegenseitig in allen Richtungen durchflechten. Der Tumor enthält wenig Interzellularsubstanz und fast keine Gefäße. Das weiche Fibrom (Fibroma molle) ist reich an Fibrozyten und enthält die Fibrillen zarter und lockerer angeordnet. Sie umschließen Gewebslücken, die mit seröser Flüssigkeit gefüllt sind. Ein zweites charakteristisches Merkmal der weichen Fibrome ist ihr verhältnismäßig großer Gefäßreichtum.

Innerhalb dieser Haupteinteilung besteht natürlich durchaus die Möglichkeit gewisser Variationen. So gibt es z. B. Tumoren dieser Art, die Blutgefäße in solchen Mengen enthalten oder sogar größere Bluträume, daß man direkt von einem Fibroma teleangiektatikum bezw. cavernosum spricht. Wieder andere enthalten vermehrte und erweiterte Lymphgefäße (Fibroma lymphangiektatikum). Durch Ernährungsstörungen können vor allen Dingen bei harten Fibromen Erweichung und Verschleimung der Zwischensubstanz eintreten, so daß man sie als Fibroma myxomatodes bezeichnet. Es besteht sogar die Möglichkeit, daß durch Einlagerung knöcherner Spangen eine so derbe Konsistenz entsteht, daß man auch hier eine genauere Bezeichnung, nämlich Fibroma ossificans, gewählt hat.

Zu den weichen Fibromen wäre vielleicht noch zu erwähnen, daß einzelne Autoren ihre Zurechnung zu den selbständigen Geschwulstformen beanstanden. Jarisch, Joseph und zum Teil auch Jores nehmen an, daß es sich wohl in den meisten Fällen um weiche Neurofibrome handelt. Auch Unna mahnt bei der weichen Geschwulstform zur Vorsicht, da sie weiche Neurofibrome bezw. weiche Nävi sein können, aus denen die eigentlichen Nävuszellen geschwunden seien.

Die Größe, bis zu der diese Fibrome anwachsen können, ist wechselnd. Durchschnittlich erreichen sie Erbsen- bis Pflaumengröße, und nur sehr selten werden größere beobachtet.

Die Haut- bezw. Schleimhautbedeckung der Tumoren kann alle Formen der normalen Haut oder Schleimhaut haben. Sie kann aber auch zart rosa, durch Spannung glänzend sein und schließlich auch bräunlich verfärbt und durch Fältelung warzig erscheinen. Natürlich ist es möglich, daß durch gewisse Reize eine Ulceration der Geschwulst entsteht, was für die Diagnosenstellung unter Umständen Schwierigkeiten bieten kann.

Diese Tumoren nehmen ihren Ausgang vom bindegewebigen Teil der Haut, Fascien, Sehnen und Schleimhaut. Sehr oft aber auch von der Knochenhaut, und da unterscheiden wir wieder je nach dem Ausgangspunkt periostale oder periphere und enostale oder zentrale Fibrome. Wenn letztere auch verhältnismäßig selten sind, so ist es doch im Hinblick auf das eigentliche Thema der Arbeit ganz interessant, diese Einteilung zu erwähnen. Denn gerade das enostale Fibrom lokalisiert sich besonders gern am Unterkiefer und das periostale am Ober- sowie Unterkiefer.

Die erstere Form hat nach Blauel ihren Grund in Entwicklungsstörungen der Zähne und erreicht häufig eine besondere Größe. Die Geschwulst treibt den Knochen auf, durchbricht ihn sogar oft und schiebt dann das Periost vor sich her, die Knochenhaut zu neuer Knochenbildung veranlassend.

Die Fibrome treten solitär oder multipel auf, in seltenen Fällen unter Gruppierung. Interessant ist noch der Umstand, daß sie gleichzeitig in auffallender Symmetrie an den Enden des rechten sowie linken Alveolarfortsatzes in Ober- oder Unterkiefer auftreten können. (Symmetrische Fibrome).

Fibrome sind an der gesamten Hautdecke beschrieben. Es gibt Stellen, wie Thorax, Bauch, Extremitäten, an denen sie sich besonders häufig zeigen.

Doch im Rahmen dieser Arbeit interessiert vor allen Dingen die Lokalisation in der Mundhöhle. Hier sind es vor allem die Kiefer, dann Zungen, Gaumen, Lippen, Wangenschleimhaut und manchmal auch Tonsillen, die befallen sein können.

Anschließend nun vier vom Verfasser selbst beobachtete Fälle von Fibromen in der Mundhöhle aus der Universitätszahnklinik zu Freiburg i. Br.

Fall 1.

Es handelt sich um einen 20jährigen Patienten. Mit 10 Jahren bemerkte er zum ersten Mal eine kleine Vorwölbung auf der linken Seite in der Gegend des unteren ersten Praemolaren, die dem Patienten bis vor einigen Monaten keinerlei Beschwerden machte. Bei der Mundinspektion zeigt sich zwischen dem Eckzahn und dem ersten Praemolaren eine Neubildung, die von derber Konsistenz ist und eine normale Schleimhautbedeckung aufweist. In ihrer Ausdehnung zieht sie nach der Wange zu und zeigt eine Verwachsung mit ihr. Sie überragt in der Höhe die Zahnreihe, so daß an ihrer Oberfläche die Einbißstellen der Antagonisten zu sehen sind. In der Umschlagsfalte reicht sie vom Eckzahn bis zum zweiten Praemolaren und sitzt mit breiter Basis auf.

Der erste Praemolar ist aus seiner normalen Stellung stark nach lingual verschoben und es hat den Anschein, als ob diese Verdrängung durch den Tumor zustande gekommen ist.

Diagnose: Fibrom.

Die Geschwulst wurde in Lokalanaesthesie mit dem Skalpel entfernt, anschließend wurde das Periost als wahrscheinlicher Ausgangspunkt der Neubildung mit dem Thermokauter radikal beseitigt, um so die Bildung eines Recidivs möglichst zu vermeiden. Die Wunde wurde sich selbst überlassen.

Der Patient stellt sich nicht wieder vor.

Fall 2.

54 Jahre alter Bauführer. Er trägt im Ober- und Unterkiefer partielle Stahlprothesen. Vor 2 Jahren habe er zum ersten Mal hinter den unteren Schneidezähnen eine kleine Verdickung bemerkt, die dann im Laufe der Zeit langsam größer geworden sei, so daß mit ihm jetzt das Tragen seiner unteren Prothese Beschwerden mache. Patient sucht deswegen die Klinik auf.

Er zeigt am Unterkiefer eine Neubildung an der lingualen Seite des Zahnfleisches in der Gegend der unteren Frontzähne. Ihre Ausdehnung reicht vom rechten ersten Schneidezahn bis zum linken Eckzahn. In der Breite mißt sie ca. 1 cm, die Dicke beträgt ungefähr 1—2 mm. Die Konsistenz ist weich, die Schleimhautbedeckung normal bis auf eine leichte Rötung am Grunde des Tumors, die wahrscheinlich durch Aufliegen der Prothese entstanden ist. Die Geschwulst ist gelappt und sitzt mit einem Stiel der Unterfläche auf, so daß sie vom Patienten mit der Zunge abgehoben werden kann. Es dürfte sich auch in diesem Fall um ein Fibrom handeln. Eine Abtragung der Geschwulst konnte nicht vorgenommen werden, da Patient sich weigerte. Um ihn möglichst beschwerdefrei zu machen und das Tragen der Prothese zu ermöglichen, wurde die linguale Fläche um soviel verkürzt, daß sie den Tumor nicht mehr berührte. Außerdem wurden die Ränder der Prothese abgerundet und geglättet.

Fall 3.

47jährige Patientin bemerkt seit 15 Jahren eine kleine Erhebung an der linken Wange an der inneren Seite. Der Tumor sei zunächst ganz klein gewesen etwa von der Größe eines Stecknadelkopfes, sei dann langsam gewachsen, so daß er jetzt beim Kauen störend empfunden werde. Schmerzen habe die Neubildung nie verursacht. Die Mundinspektion ergibt an der linken Wangenschleimhaut etwa 2 cm distal vom Mundwinkel in der Höhe der Okklusionsebene der beiden Kiefer eine gestielt aufsitzende Neubildung von der Größe einer Haselnuß. Sie ist von harter Konsistenz und von normaler Schleimhaut bedeckt.

Die Geschwulst wurde in Lokalanaesthesie entfernt, der Mutterboden nachträglich mit dem Kauter zerstört. Der Heilungsprozeß ging in kurzer Zeit reaktionslos vor sich.

Der histologische Befund ergab ein derbes, faserreiches Fibrom.

Fall 4.

Patient, 58 Jahre alt, von gutem Allgemeinbefinden, zeigt ungefähr 2 cm vom rechten Mundwinkel einwärts eine Geschwulst. Sie ist kirschkerngroß, rund und leicht gestielt. Die bedeckende Schleimhaut ist normal, die Konsistenz ist derb. Der kleine Tumor macht keine Beschwerden und wurde als Zufallsbefund entdeckt.

Diagnose: Fibrom.

Weitere Fälle finden wir in der Literatur, so beobachtete Piskacek einen beachtenswerten Fall von kongentialem Unterkieferfibrom. Zwischen den Lippen eines Säuglings ragt ein Tumor aus der Mundhöhle von über zwei Mandelgröße, der einer vorgestreckten Zunge ähnlich sieht. Verfolgt man die Geschwulst, so ist es möglich, ihre Lokalisation am oberen Rande des Unterkiefers von der Mitte ausgehend und der rechten Seite des Unterkiefers entlang festzustellen. Die Geschwulst ist gestielt und von derber Konsistenz, der Schleimhautüberzug normal.

Moral beschreibt ein Fibrom am Ende des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers. Die Geschwulst ist gestielt und infolge mechanischer Verhältnisse nach innen umgebogen. Das mikroskopische Bild, das der abgetragene Tumor zeigt, ergibt einen schmalen Epithelstreifen und unter diesem z. T. neugebildetes, derbes Bindegewebe, in dem einzelne Gefäße liegen.

Häufiger als der Unterkiefer ist der Oberkiefer der Sitz von Fibromen. Terwelp bringt hierfür einen Fall, der wohl wegen seiner gründlichen histologischen Auswertung Beachtung verdient:

71jährige Ehefrau gab an, daß vor einem halben Jahr bei ihr innerhalb von 8 Wochen vorn am Oberkiefer eine Geschwulst entstanden sei. Ein Wachstum derselben sei in letzter Zeit nicht mehr festzustellen gewesen.

Neubildung am Alveolarfortsatz des rechten Oberkiefers, die ihm in der Gegend des seitlichen Schneidezahnes

und des Eckzahnes breitbasig und unverschieblich aufsaß. Sie war von kugeliger Gestalt, etwas über kirschkerngroß, von derber Konsistenz und glänzend. Es fiel auf, daß der Tumor an der Stelle saß, wo der einzeln stehende untere Eckzahn den zahnlosen Oberkiefer beim Zubeißen berührte. Hierdurch war auf der Unterfläche des Tumors eine Unebenheit bezw. eine leichte Erosion entstanden. Die Neubildung wurde mit der Diathermieschlinge in Leitungsanästhesie im Hohlschnitt entfernt. Patientin stellte sich nicht wieder vor. Mikroskopisch deutliche Acanthose. Die Epithelzapfen ziehen sowohl in breiten Zapfen als auch in schmalen Leisten in die Tiefe. Die dazwischen liegenden Papillen sind sehr schmal und lang ausgezogen. Auf der linken Seite des Präparates liegt ein breitbasiges Acanthom, das eine kompakte Masse darstellt. Die darüberliegende Hornschicht hat eine erhebliche Verdickung in Form einer Pyramide erfahren. Die Zellen dieser Hornschicht sind kernlos. Nur direkt über dem Stratum spinosum zieht sich ein schmaler Streifen mit gut erhaltenen Kernen hin. Etwas weiter liegt ein zweiter Hornkegel von derselben Struktur, so daß zwischen zwei Erhebungen eine kleine Vertiefung liegt, ohne daß die Hornschicht an dieser Stelle völlig geschwunden ist. Es handelt sich offenbar um die Druckstelle des Eckzahnes. Unter dem Epithel sieht man ein derbes Bindegewebe, das ein dichtes Flechtwerk bildet. An einigen Stellen erscheint es etwas lockerer gefügt. Vereinzelte elastische Fasern sind im Papillarkörper enthalten, zum Teil liegen sie zu kleinen Knäueln zusammengeballt. Die Kerne dieses Bindegewebes sind gleichmäßig verteilt, etwas reichlicher als im normalen Bindegewebe. Die Gefäße sind im Papillarkörper zahlreich und zum Teil auch sicher erweitert, im Tumor nur spärlich. Stärkere Infiltratbildung ist nirgends festzustellen. Es handelt sich um ein hartes Fibrom.

Menzel beschreibt einen weiteren Fall dieser Art: Es handelt sich um eine 10jährige Patientin, bei der ein Tumor von Haselnußgröße festgestellt wurde. Im Verlauf von 25 Jahren hatte er die Größe eines Kinderkopfes erreicht, fast die ganze Mundhöhle war davon ausgefüllt. Das Jochbein und die linke Gaumenplatte waren in die Höhe gedrängt. Die Geschwulst fühlte sich knochenhart an. Der histologische Befund ergab ein Fibroma ossificans. Ebenso erwähnenswert ist auch folgender von Varquez berichteter Fall über ein großes Fibrom beiderseits des Zahnfleisches verbunden mit allgemeiner Hypertrichosis: Ein 7jähriger Knabe zeigt an beiden Kiefern in der Gegend der Eckzähne ein großes Fibrom, das dieses vollständig verdeckt. Beginn der Erkrankung im 7. Lebensmonat. Operation der Tumoren. Histologische Untersuchung: Fibrom. Der Knabe hat außerdem eine ausgesprochene Pubertas präcox mit dichter Behaarung am Stamm und am Genitale, die Verfasser in Zusammenhang mit dem Fibrom der Mundhöhle bringen will.

Neben dem Alveolarfortsatz ist im Oberkiefer häufig der harte Gaumen befallen: hierzu einen Fall von Moral:

29jährige Patientin. Sie bemerkte vor 4 Jahren zuerst in der Mitte des Gaumens eine Veränderung, die sie als eine kleine Vorwölbung, einer Erbse nicht unähnlich, beschreibt. Diese Stelle hat nach und nach an Größe zugenommen, machte zu Anfang kaum Beschwerden weder in Bezug auf die Sprache noch auf die Nahrungsaufnahme, so daß die Kranke der ganzen Veränderung zunächst keine Bedeutung beimaß. Im Laufe der Zeit hat die Geschwulst langsam an Umfang zugenommen, so daß sie jetzt auch beim Essen hinderlich wird.

Die mittelgroße, gutgenährte Frau, zeigt am harten Gaumen eine von blasser Schleimhaut bedeckte Vorwölbung, die etwa 1 cm hinter dem Forum incisivum beginnt und beinahe bis an die Grenze von hartem und weichem Gaumen reicht, in seitlicher Ausdehnung einen

Streifen von etwa 2 cm deckt. Der Tumor ist gestielt, die Konsistenz ist ziemlich derb, die Farbe blaßrot wie die übrige Schleimhaut. Irgendwelche Konturen, wie Falten und dergleichen sind nicht nachweisbar. Lymphdrüsen sind nicht palpabel.

Das histologische Bild zeigt eine Epitheldecke von normaler Beschaffenheit, die obersten Zellen sind platt, die unterste Lage ist zylindrisch. Unter diesem Epithel liegt ein Bindegewebe, das sehr arm an Zellen ist, dafür aber eine bedeutende Zahl straffer Bindegewebsfasern zeigt.

Diagnose: Fibrom.

Zur Ergänzung noch ein Fall von Börsner. Er berichtet über ein Riesenfibrom, das den ganzen harten Gaumen bedeckte. Es war polypenartig gestielt und hatte sich nach Angabe des Patienten in einem Zeitraum von 6 bis 7 Jahren gebildet. Der Tumor wurde ohne Anaesthesie entfernt. Aetiologisch ließ sich keine Klärung finden.

Jene eigenartige Gruppe der Fibrome, die man als symmetrische bezeichnet und deren Lokalisation schon im Beginn der Arbeit erwähnt wurde, gehört in pathologisch anatomischer Beziehung zu den harten Fibromen. Klinisch stellt sich diese Art von Tumoren als längliche Geschwulst dar von Haselnuß- bis Wallnußgröße. Von der üblichen Lokalisation am Alveolarfortsatz im Ober- oder Unterkiefer ziehen sie an der Zahnreihe entlang nach vorne, und zwar am Oberkiefer bis zu den Praemolaren bezw. zu den Molaren, während sie sich am Unterkiefer selten weiter als bis zum ersten Molaren erstrecken. Die seitliche Ausdehnung erfolgt hauptsächlich nach der Gaumen- bezw. Zungenseite hin. Sie sitzen den Kiefern breitbasig auf und sind nur wenig oder garnicht verschieblich, ihre Konsistenz ist derb. Die bedeckende Schleimhaut ist blaßrosa wie die übliche Mundschleimhaut. Sie zeichnen sich durch sehr langsames Wachstum aus und sie können oft lange

Zeit bestehen, ohne ihre Größe zu verändern. Wenn sie auf einer bestimmten Höhe des Wachstums angelangt sind, wachsen sie anscheinend überhaupt nicht mehr. Als Grund hierfür nimmt man an, daß die inneren Wachstumsenergien erschöpft sind, oder daß der Widerstand der Zunge, der ja mit der Ausdehnung der Geschwulst zunimmt, sich einer weiteren Vergrößerung hindernd in den Weg stellt.

Moral gibt an, daß in fast allen Fällen, die er im Laufe der Zeit zu Gesicht bekommen habe, tief zerstörte und chronisch periodontitisch erkrankte Zähne vorhanden gewesen seien, so daß er die Annahme für berechtigt hält, daß die Zahnerkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang mit den symmetrischen Fibromen stehe.

Über einen klassischen Fall von 4 symmetrischen Fibromen bei einem 27jährigen Patienten berichtet Hesse. Alle 4 Tumoren saßen an der Innenseite der Alveolarfortsätze und wölbten sich palatinal so weit vor, daß am Gaumen nur noch ein Spaltraum von einem cm vorhanden war. Die Länge betrug 5 cm die Breite 2 und 3 cm. Im Unterkiefer betrug der von den Fibromen frei gelassene Raum noch 2 cm. Hier waren die Tumoren etwas kleiner. Alle 4 Geschwülste ließen in ihren peripheren Teilen Weichheit des Gewebes erkennen, die Hauptmasse war jedoch von knochenharter Beschaffenheit. Die Zahnbögen waren durch die Neubildungen stark auseinandergedrängt, die Entfernung der beiden zweiten Molaren betrug 7 cm. Ein histologisches Bild konnte nicht genommen werden, da der Patient eine Wegnahme der Fibrome verweigerte. Terwelp und Rosenstein berichten ebenfalls über interessante Fälle von symmetrischen Fibromen am Kiefer. Die Patienten waren zwischen 16 und 40 Jahre alt, die Größe der Tumoren wechselte zwischen Kirschkern und Walnußgröße. Die Konsistenz war derb, sie waren alle von glatter, normaler Schleimhaut bedeckt. In zwei Fällen waren sie gestielt, die anderen saßen dem Kiefer

bratbasig auf. Ihre Verschieblichkeit war gering. Moral beschreibt einen Fall, der erst entdeckt wurde, als der Patient sich zur Anfertigung einer Prothese in Behandlung begab. Histologisch handelte es sich um ein ziemlich faserreiches, derbes Fibrom.

Eine weitere Lokalisation der Fibrome, allerdings seltener in der Literatur angegeben, ist die Zunge. Hier sitzen sie sowohl auf der Oberfläche auf, mehr oder weniger gestielt, oder liegen tief in der Zunge. Am häufigsten kommen sie median und zwar am hinteren Teil der Zunge vor. Auch für sie ist ihr langsames Wachstum bezeichnend, so daß der Tumor oft jahrzehntelang von dem Patienten nicht bemerkt wird, besonders, da sie auch meistens überhaupt keine oder nur ganz geringe Beschwerden verursachen. Die Schleimhaubedeckung ist meistens normal, ist sie ulceriert, so besteht die Gefahr der Blutung. Die meisten dieser Tumoren gehören zum Typ der harten Fibrome und bestehen aus zellarmen, festen, manchmal fast narben- oder schwielenartigem Gewebe. Daher stammt auch ihre derbe Konsistenz.

Zungenfibrome wurden in jedem Alter beschrieben, sie können sowohl im ersten Lebensjahr auf kongentialer Grundlage auftreten als auch im 6. Lebensjahrzehnt. Hacker und Morton beschreiben je einen Fall von Zungenfibrom. Im Falle Morton hatte die Neubildung einen Durchmesser von 7 cm. Der Mundboden war dadurch stark nach hinten verlagert und durch eine Verdrängung des Pharynx nach hinten war eine Verengung der Trachea entstanden. Über ein Zungenfibrom bei einem 9 Monate alten Brustkind berichtet v. Khautz. Der Tumor wurde seit 14 Tagen an der Unterfläche der Zunge bemerkt, und zwar findet man entsprechend dem Frenulum linguae eine pfenniggroße breitpilzhutförmig aufsitzende Geschwulst. Der Rand ist gekerbt und rötlich, von einem graugelben, festsitzenden Belag bedeckt. Konsistenz ist derb. v. Khautz ist der Ansicht, daß es sich

in diesem Falle um ein Fibroma sublinguale handelt; trotzdem dürften bei der Genese des Tumors die mechanische Reizung des Zungenbändchens und die gut entwickelten Schneidezähne während des Saugaktes mitwirken.

Seltener als am Kiefer und an der Zunge findet man Fibrome an der Wangenschleimhaut erwähnt. Der Grund hierfür dürfte wohl in den verhältnismäßig geringen Beschwerden beim Sprechen und Kauen liegen. Außer den eingangs vom Verfasser erwähnten zwei Fällen von Wangenfibromen findet sich in der Literatur nur noch ein Fall von Michelson beschrieben. Es handelte sich um ein erbsengroßes, gestieltes, gelbrotes Fibrom, das an der Wangenschleimhaut 4 cm vom Mundwinkel entfernt saß.

Tonsillen, Uvula und Gaumenbögen können ebenfalls der Sitz kleiner, polypöser Fibrome sein. Da aber in den meisten Fällen so gut wie gar keine Beschwerden vorhanden sind, werden sie höchstens als Zufallsbefunde bei Inspektion der Mundhöhle entdeckt. Weiter sind im Schrifttum Fibrome am Mundeingang beschrieben, die meist an einem dünnen Stiel sitzen und hin und her pendeln. Sie sind platt, derb und kaum mehr als kirschkerngroß. Ihre Entstehungsursache ist unbekannt.

Hinsichtlich der **Genese** ist im allgemeinen nicht viel zu sagen, da sie wie die der Geschwülste überhaupt noch unklar ist. Es lassen sich sowohl für die Reiztheorie als auch für die dysontogenetische Beispiele anführen. So berichtet Partsch über Fälle von Gaumenfibromen, die er alle auf den schlechten Sitz von Prothesen und auf kariöse Zähne zurückführen will.

Hier dürfte wohl ebenfalls Fall 2 der vom Verfasser beobachteten Fälle anzuführen sein, wo die scharfen Ränder einer Stahlprothese einen chronischen Reiz auf die Mundschleimhaut ausübten. Williger ist auch der Meinung, daß oft schlecht sitzende Prothesen die Ursache für Fibrome darstellen.

Moral will häufig in tief zerfallenen Zähnen und Wurzelresten die Entstehungsursache für symmetrische Fibrome erblicken. Rosenstein ist der Ansicht, daß symmetrische Kieferfibrome mit dem Druchbruch der Molaren besonders der Weisheitszähne in Beziehung stehen. Längere Zeit bestehender mechanischer Reiz, den der durchbrechende Zahn ausübt, kann nach ihm das Periostbindegewebe zur Proliferation anregen.

Wie es ja allgemein bekannt ist, daß das Bindegewebe auf traumatische Reize gern mit Geschwulstbildung reagiert.

Nach v. Mikulicz-Kümmel entstehen die meisten Zungenfibrome auf kongenitaler Grundlage. Ebenso spricht für die Cohnheimsche Theorie über die Entstehungsursache der Geschwülste der oben von Piskacek angeführte Fall von kongenitalem Unterkieferfibrom. Krogius zweifelt an dem Vorkommen von zentralen Kieferfibromen und ist der Meinung, daß es sich vielmehr um eine tumorbildende ostitis fibrosa handle. Auch die vom Alveolarrand ausgehenden, mehr oder weniger gestielten Fibrome zeigen nach Krogius im histologischen Bild große Ähnlichkeit mit der ostitis fibrosa. Im Gegensatz hierzu steht die Ansicht anderer Autoren, die annehmen, daß zentrale Kieferfibrome aus retinierten Zahnkeimen entstünden.

Differentialdiagnostisch sind eine ganze Reihe von Geschwülsten auszuschließen. Zu nennen wären hier die Myxome, Angiome, Lipome, Osteome, Odontome, Karzinome, Sarkome, Cysten und Gummen. Angiome und Lipome unterscheiden sich von den Fibromen meist schon äußerlich durch Konsistenz und Farbe. Gegen ein Odontom ist die Abgrenzung ebenfalls nicht sehr schwierig, da bei letzterem der Tumor meistens zur Zeit der ersten oder zweiten Dentition auftritt und an Stelle eines fehlenden Zahnes steht. Die bösartigen Neubildungen unterscheiden sich ja schon durch ihr schnelles Wachstum so-

wie durch ihre Neigung zu Zerfall und Ulzerationen von den Fibromen. Außerdem wäre beim Ca noch der Sitz am Zungenrand im Gegensatz zum Fibrom, das meistens in der Mitte der Zunge auftritt, differentialdiagnostisch zu bewerten. Ein langsam sich entwickelnden Gumma kann ebenfalls zu einer Verwechslung mit einem Fibrom führen, besonders, da die Beschwerden sehr gering sein können. In diesem Falle wäre eine Probebehandlung angezeigt. Häufig ist auch die Unterscheidung gegenüber dem Zahnfleischpolypen schwierig, doch ist der Polyp in der Regel weicher und nimmt auch lange nicht die großen Dimensionen an. Die charakteristische Lokalisation, die Nähe scharfer Zahnkanten, denen er ja seine Entstehung verdankt, werden wohl fast immer eine Unterscheidung ermöglichen.

Die **Therapie** der Fibrome besteht lediglich in operativer Entfernung. Eine gründliche Ausräumung der Geschwulst bis auf den Grund, bei schwierigen Fällen evtl. Resektion, ist unbedingt erforderlich, um das Auftreten eines Rezidivs zu vermeiden, da auch bei gutartigen Neubildungen ein Rezidiv keine Seltenheit ist. Je straffer die Geschwulst ist, um so leichter ist ihre Entfernung, da die Blutung meistens nur gering ist. Ebenso ist natürlich die Entfernung gestielter Tumoren leichter als die der breitbasig aufsitzenden. Früher wurde die Operation meist mit der Schneidzange oder dem Schneidemeisel vorgenommen. Heute in der modernen Therapie sind sie durch die Diathermieschlinge ersetzt worden. In weitaus den meisten Fällen genügt die lokale oder Leitungsanaesthesie. Man kann die Wunde durch Naht verschliessen, mit Gaze tamponieren, es genügt aber auch bei guter Mundpflege sie sich selbst zu überlassen.

Da es sich bei den Fibromen um eine gutartige Neubildung handelt, deren Wachstum verdrängend, außerordentlich langsam und ohne Metastasen vor sich geht, so ist die **Prognose** durchaus als günstig anzusehen.

Maligne Entartungen sind in der Literatur sehr selten beschrieben. Natürlich ist die Bildung eines Rezidivs auf Grund ungenügender Therapien möglich. Im allgemeinen ist eine Operation der Tumoren zu empfehlen.

Stärkeres Wachstum (wie oben in einem Fall beschrieben) erfordert evtl. größere operative Eingriffe (Kiefer-Resektion), die immerhin eine Gefahr für den Patienten bedeuten. In solchen Fällen ist die Prognose hinsichtlich des kosmetischen und kaufunktionellen Erfolges weniger günstig.

Zusammenfassung.

In der vorliegenden Arbeit wird zum ersten Male die gesamte Literatur zusammengestellt, die über „Fibrome in der Mundhöhle“ erschienen ist. Zur Frage der Kasuistik konnte Verfasser selbst an Hand vier von ihm an der hiesigen Zahnklinik der Universität beobachteter Fälle einen Beitrag liefern. Für den Zahnarzt ist von besonderer Wichtigkeit, daß ohne Zweifel Fälle beobachtet worden sind, in denen die Entstehung von Fibromen mit Sicherheit auf einen chronischen Reiz mangelhafter Prothesen und Füllungen zurückzuführen ist. Diesen Umstand muß der Zahnarzt sowohl bei der Anfertigung künstlichen Ersatzes als auch bei der Therapie der Fibrome in Erwägung ziehen. Es sind also am künstlichen Zahnersatz jegliche scharfe Kanten und Ecken auch aus diesem Grunde peinlichst zu vermeiden.

Ist die Entstehung eines Fibroms auf den schlechten Sitz bezw. chronischen Reiz eines Ersatzes zurückzuführen, so genügt zuweilen als therapeutische Bemühung allein die Behebung der Ursache, um den Patienten beschwerdefrei zu machen.

Nach der chirurgischen Entfernung eines Fibroms ist es unerläßlich, falls die Ursache des Tumors festgestellt ist, auch diese zu beseitigen, um die Gefahr einer Rezidivbildung zu entgehen.

Über die Lokalisation in der Mundhöhle ist zu bemerken, daß in den meisten Fällen Fibrome im Oberkiefer beobachtet werden, an zweiter Stelle steht der Unterkiefer. Es folgen dann Wange und Zunge, selten finden wir Uvula, Gaumenbögen und Tonsillen als Sitz der Fibrome.

Von den in vorliegender Arbeit erwähnten 21 Fällen ist die Verteilung der Lokalisation nach folgende:

Im Oberkiefer 9, im Unterkiefer 6, an der Wange 3, an der Zunge 3.

Dem Alter nach ergeben sich folgende Zahlen: in 15 Fällen war der Patient zwischen 20 und 50 Jahre alt. In drei Fällen über 50 und in drei Fällen unter 20 Jahre alt. Der Verfasser bestätigt somit, durch seine Zusammenstellung früherer Angaben älterer Autoren, daß in den meisten Fällen Fibrome in der Mundhöhle in jungen und mittleren Jahren beobachtet werden.

Literaturangabe.

Becker. Korrespondenzblatt für Zahnärzte 1911, S. 23.
Biberstein. Tumore der Haut im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Berlin 1932. Bd. 12, S. 219.
Börsner. Zahnärztliche Rundschau. 1928. Nr. 25, S. 1037.
Chaim. Zahnärztliche Rundschau. 1920. Nr. 46, S. 568.
Darier. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1925. Nr. 16, S. 38.
Dietrich. Grundlagen der allgemeinen Pathologie. Leipzig. 1927. S. 263.
Hacker. Wiener klin. Wochenschrift. 1902. Nr. 42, S. 1128.
Hesse. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde. 1910. Nr. 3, S. 196.
Jarisch. Die Hautkrankheiten. Wien u. Leipzig. 1908.
Jores. Haut in Aschofs Pathol. Anatomie. Bd. 2, S. 1121. Jena 1928.
Kantorowicz. Klinische Zahnheilkunde. München 1924. S. 238.
Maccaferri. Fortschritte der Zahnheilkunde. 1928. S. 853.
Michelson. Arch. of Dermat. a. Syphilol. 1923. Bd. 8, Nr. 2, S. 261.
v. Mikulicz u. Kümmel. Krankheiten des Mundes. Jena 1922. S. 219, 284.
Moral. Einführung in die Klinik der Zahn- und Mundkrankheiten. Berlin 1920. S. 344.
Morton. Fortschritte d. Zahnheilkunde. 1926. S. 387.
Partsch. Die chirurg. Erkrankungen der Zähne und Kiefer. Wiesbaden 1917. S. 223.
Piskacek. Wiener klin. Wochenschrift 88. Nr. 21, S. 437.
Port-Euler. Lehrbuch der Zahnheilkunde. München 1929. S. 420.
Rohrer. Zahnärztliche Rundschau. 1919. Nr. 40, S. 411.
Rosenstein. Deutsche Wochenschrift für Zahnheilkunde 1912. S. 321.
Scheff. Handbuch der Zahnheilkunde, Wien 1910, Bd. 2, S. 647.
Sema. Fortschritte der Zahnheilkunde 1930. S. 240.
Terwelp. Arch. f. Dermat. u. Syphil. Nd. 67. 1932. S. 1.
Varquez. Zentralblatt f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. 1925. S. 208.
Williger. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde 1910. S. 125.

Lebenslauf.

Am 27. September 1906 wurde ich als Sohn des Dentisten W. Gienke in Bardowick bei Lüneburg geboren. Meine Vorbildung erhielt ich auf dem Realgymnasium zu Lüneburg und auf der Oberrealschule a. d. Bogenstraße zu Hamburg, die ich Ostern 1929 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich studierte 4 Semester Zahnmedizin in Freibug i. Br., wo ich auch meine Vorprüfung bestand. Von meinen klinischen Semestern verbrachte ich eins in Wien, die andern in Freiburg i. Br. Im Frühjahr 1933 bestand ich in Freiburg mein Staatsexamen und bin seitdem als Assistent an der Zahnärztlichen Poliklinik tätig.

Am Schluß meiner Arbeit möchte ich Herrn Prof. Dr. Marchionini für die Übernahme des Referates sowie für die Durchsicht der Arbeit meinen besten Dank aussprechen.